1° EXISTE-T-IL DES DIFFÉRENCES ENTRE LE SANG HUMAIN ET LE SANG DES AUTRES ANIMAUX VERTÉBRÉS ?

2° QUEL EST LE POINT DE TERMINAISON DE LA RÉTINE ?

3° LE SPINA-VENTOSA DOIT-IL ÊTRE CONSIDÉRÉ ET DÉCRIT COMME UNE MALADIE PARTICULIÈRE ?

4° QUELS SONT LES CARACTÈRES SYMPTOMATOLOGIQUES DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE ?

N° 29.

2

THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 14 MAI 1838 ;

PAR

D. Labissière (Jules-Joseph),

de Tulle (CORRÈZE) ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

Aux Mânes de mon Père.

Regrets éternels !!!

A

LA PLUS TENDRE ET PLUS CHÉRIE DES MÈRES.

En te donnant un témoignage public de mon profond respect et de ma vive reconnaissance, je satisfais au vœu le plus cher de mon cœur. Puisse-t-il te dédommager des sacrifices que tu n'as cessé de faire pour mon éducation !

A MES FRÈRES, A MA SŒUR
ET MON BEAU-FRÈRE.

Attachement, union.

J.-D. LABISSIERE.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22361303

PREMIÈRE PARTIE.

SCIENCES ACCESSOIRES.

..... Currente rotâ, cur
Urcœus exit ?
HORATIUS.

EXISTE-T-IL DES DIFFÉRENCES ENTRE LE SANG HUMAIN ET LE SANG DES AUTRES ANIMAUX VERTÉBRÉS ?

Considéré dans l'espèce humaine seulement, le sang diffère selon les âges, les sexes, le tempérament, divers états morbides et une foule d'autres modificateurs. Ainsi le sang d'un jeune enfant est plus coloré, plus éclatant, plus concrescible que celui du fœtus. Lors de la puberté, comme l'a constaté Fourcroy, il devient plus chaud, plus coloré, plus irritant, plus odorant, et semble se vivifier des premières émanations spermatiques; mu avec force dans ses couloirs, il tend à s'échapper; aussi est-ce l'époque de la turgescence et des hémorrhagies. Chez les adultes, il acquiert une plus forte concrescibilité, et possède beaucoup plus de fibrine que dans la jeunesse. Celui du vieillard est moins chaud, plus épais; en outre, il donne des caillots moins élas-

tiques, et contient beaucoup moins de sérosité. Chez la femme, il est en général plus séreux que chez l'homme. Pendant la gestation, il devient plus fibrineux, plus riche en matière coagulable, et plus apte à l'état inflammatoire. Après l'accouchement, il contient les matériaux du fluide qui doit assurer la vie du nouvel individu. Quelquefois même ces matériaux sont en telle abondance, par l'effet de certaines dispositions spéciales, qu'il en résulte la maladie désignée par plusieurs médecins sous le nom de cachexie laiteuse. Eu égard au tempérament, le sérum est, par rapport à la fibrine, dans des proportions plus grandes chez les individus lymphatiques que chez ceux qui sont doués d'un tempérament sanguin : ceux-ci ont le sang plus coloré, plus chaud, plus rutilant, plus abondant, plus fibrineux. Les bilieux l'ont plus foncé, plus noir; peut-être aussi possède-t-il chez eux des principes que les analyses chimiques ne sauraient faire découvrir. Chez les personnes nerveuses, la quantité et la composition du sang doivent être modifiées par la prédominance du système sensitif; mais ces modifications sont inappréciables dans l'état actuel de la science. Quant aux changements que ce liquide éprouve dans diverses maladies, tout le monde sait que, chez les individus atteints de quelque affection évidemment inflammatoire, le sang extrait par la saignée est très-fibrineux, très-coagulable, et offre presque toujours à sa surface une sorte de pseudo-membrane ressemblant à du suif fondu et figé, que l'on appelle *crusta sanguinis* ou *couenne phlogistique*. La matière colorante du sang est en très-faible quantité dans les cas de chlorose et de cachexie séreuse. La morsure des crotales, ou serpents à sonnettes, dissout la fibrine au point d'en rendre la coagulation impossible. Cette même impossibilité se rencontre souvent dans le scorbut, certains typhus et divers empoisonnements (1).

(1) C'est par de tels exemples, et une infinité d'autres dont la citation m'aurait beaucoup trop éloigné de mon sujet, que le solidisme a cessé de considérer le sang comme un fluide inerte, et a fait place à des idées moins exclusives. Déjà Bichat avait dit : « l'on a exagéré sans doute la médecine humorale; mais elle a des fondements réels, et, dans une foule de cas, on ne

Par rapport aux modifications qui peuvent dériver du régime, du climat, des professions et des influences extérieures, elles s'allient nécessairement avec celles que ces causes exercent sur l'organisme en totalité.

Quand, dans l'espèce humaine, le sang offre tant de différences d'individu à individu, et subit tant de variations chez chaque personne en particulier, est-il permis de croire que le sang de l'homme soit identique à celui des autres animaux vertébrés? Peut-il être le même que celui des poissons et des reptiles qui sont des animaux à sang froid? Peut-il être semblable en tout point à celui des oiseaux et des mammifères, alors que les espèces qui composent ces deux classes diffèrent si notablement les unes des autres relativement à leur manière de vivre, à leur organisation, à leurs tempéraments, à leurs affectibilités, etc.? Comment se fait-il donc que l'on m'adresse une question à cet égard, sous forme dubitative? Loin de moi certainement l'idée de trouver à redire aux recherches chimiques et microscopiques qui ont pour objet d'établir en quoi le sang de l'homme s'éloigne ou se rapproche de celui des autres animaux vertébrés! Mais on ne doit pas se dissimuler, ce me semble, que des recherches de ce genre sont incapables, du moins pour le présent, de déterminer des différences qu'il nous importerait bien plus de connaître : je veux parler de celles qui tiennent à la vitalité. Au surplus, sans examiner jusqu'à quel point ce qu'on nous demande peut intéresser la physiologie ou toute autre branche de la médecine, hâtons-nous de répondre.

Les observations microscopiques sur le sang, auxquelles plusieurs

peut disconvenir que tout doit se rapporter au vice des humeurs. » Aujourd'hui le plus grand nombre de médecins admettent la vitalité des fluides, considérés comme parties intégrantes du système entier, et adoptent conséquemment, par voie éclectique, un humorisme raisonné : « La physiologie, dit M. Adelon, nous conduit à admettre qu'à la suite de toute altération des solides, il doit y avoir altération du sang; de même qu'à la suite de toute modification du sang, il doit y avoir modification des solides. »

expérimentateurs du 17me siècle, entre autres Malpighi, Leuwenhoeck, Hales et Hewson s'étaient déjà livrés, ont été reprises dans ces derniers temps, avec une ardeur incroyable, par un assez grand nombre d'investigateurs, notamment par MM. Béclard, Prévost et Dumas. Il résulte de celles qui ont été faites par ces derniers : 1° que, chez l'homme et les animaux à sang rouge, ce liquide est composé d'un véhicule séreux, dans lequel des molécules rouges sont tenues en suspension; 2° que ces molécules consistent elles-mêmes en des globules réguliers et insolubles, renfermés dans des sacs membraneux. S'il faut en croire ces micrographes, les globules sanguins sont circulaires ou allongés. Parmi les animaux à globules circulaires, ils rangent les mammifères et quelques oiseaux. Les trois dernières classes de vertébrés (oiseaux, reptiles et poissons) paraissent ne contenir que des animaux à globules allongés. Toutefois, au dire de M. Schultz, il est impossible de déterminer rigoureusement la forme des globules microscopiques, attendu qu'ils n'ont de constant que leur mouvement spontané, et leur tendance à s'identifier avec nos organes. Suivant MM. Prévost et Dumas, les globules du sang humain ont environ deux millimètres de diamètre; mais ces dimensions ne sont pas spéciales ou caractéristiques, puisqu'on les retrouve également chez les chiens, les hérissons, les lapins et plusieurs autres animaux. Le sang artériel a beaucoup plus de globules que le sang veineux. Les oiseaux sont les animaux dont le sang est plus riche en globules. Les mammifères viennent ensuite, et il semblerait que les carnivores en ont plus que les herbivores. Les animaux à sang froid sont ceux qui en possèdent le moins. MM. Prévost et Dumas n'ont pas borné leurs recherches à ces données générales; ils ont encore soumis à l'analyse le sang de plusieurs animaux. Sur 10000 parties, ils ont trouvé que le sang de l'homme était composé de 7839 d'eau, 1292 globules, 869 d'albumine et de sels solubles; le sang du cochon d'Inde l'était de 7848 d'eau, de 1280 globules, de 872 d'albumine, etc.; celui d'un chien, de 8107 d'eau, 1238 globules, 655 d'albumine, etc. D'après ces analyses comparatives, dont il nous paraît fort inutile de rapporter en entier le tableau, le sang des vertébrés offrirait de

bien légères différences de composition ; dans le plus grand nombre de cas seulement, la quantité de globules présenterait une certaine relation avec la chaleur développée par l'action vitale. Au surplus, il s'en faut bien que l'étude analytique des substances animales conduise toujours aux mêmes résultats. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, suivant Berzélius, le sang de bœuf est composé des mêmes principes que le sang humain, et à peu près dans les mêmes proportions; tandis que les expériences de Vauquelin tendent à établir qu'il renferme, outre la fibrine, l'albumine et la matière colorante, une *huile grasse*, d'une couleur jaune, d'une saveur douce, et d'une consistance molle. Deyeux et Parmentier pensent que le sang de bœuf renferme, en outre, un principe volatil odorant qui n'agit point sur les réactifs. M. Vogel a prétendu qu'il contient aussi du soufre et de l'acide carbonique.

Les chimistes sont peu d'accord entre eux sur la nature du principe colorant du sang. Quelques-uns prétendent qu'il est formé d'une matière animale combinée avec le péroxide de fer; d'autres d'une matière *suî generis* indécomposable, de globules et de sérum; certains affirment qu'il n'est autre chose que de l'albumine très-oxigénée. Nous ne prendrons parti pour aucune de ces opinions; nous ferons remarquer seulement qu'il ne doit pas être dans les mêmes proportions chez tous les animaux, attendu que beaucoup d'oiseaux, notamment les perdrix, les poules, les dindes, les canards, un grand nombre de reptiles et tous les poissons, ont des muscles blancs. Or, si ces organes, composés d'une si grande quantité de fibrine, sont dépourvus de principe colorant, il est assez vraisemblable que cette substance, à laquelle Bordeu donnait le nom de chair coulante, en contient fort peu elle-même.

En résumé, la chimie ne nous prouve pas que le sang de l'homme se distingue de celui des animaux vertébrés par quelque chose de spécial, mais nous avons une foule de motifs pour penser que, dans l'état de vie, il existe entre eux de très-grandes différences.

DEUXIÈME PARTIE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

QUEL EST LE POINT DE TERMINAISON DE LA RÉTINE?

Suivant plusieurs anatomistes, en particulier Winslow, Haller, Monro, Bichat, Sabatier, Boyer et M. Cloquet, la rétine se termine à la grande circonférence de la capsule cristalline. Morgagni, Zinn, Meckel, et M. Breschet, prétendent, au contraire, qu'elle se termine nettement à l'extrémité postérieure du corps ciliaire : « je suis toujours parvenu, dit le dernier, à reconnaître que la rétine finit d'une manière nette à l'extrémité postérieure du corps ciliaire, et j'ai même trouvé que le feuillet encore couvert en partie de pigment, qui s'étend de la membrane hyaloïde à la capsule cristalline, était plus transparent que la rétine. » D'autre part, M. Velpeau assure avoir vu plusieurs fois, chez l'homme, très-distinctement, la rétine arriver jusqu'à l'iris. Ce qu'il y a de sûr, c'est que, chez le bœuf, elle s'étend au moins jusqu'à l'anneau ciliaire (*anneau ganglifórme, ligament ciliaire, commissure de la choroïde*). Il est vraisemblable qu'il en est de même pour l'œil humain et l'on doit présumer que si Morgagni, Zinn, Meckel, et M. Breschet, n'ont pas pu la suivre jusqu'à la grande circonférence de l'iris, c'est que, chez beaucoup de sujets, elle est si mince vis-à-vis le point de réception du cristallin par le corps vitré, qu'on a pu croire facilement qu'elle n'allait pas au-delà. Nous pensons donc que cette membrane est traversée par l'aiguille dans l'opération

de la cataracte par abaissement. Mais il ne peut résulter aucun inconvénient de cette piqûre, puisque la lumière paraît être le stimulant spécial de la rétine, ou, en d'autres termes, que cette membrane montre peu de sensibilité quand on la soumet à des irritants autres que les rayons lumineux.

TROISIÈME PARTIE.

SCIENCES CHIRURGICALES.

LE SPINA-VENTOSA DOIT-IL ÊTRE CONSIDÉRÉ ET DÉCRIT COMME UNE MALADIE PARTICULIÈRE ?

Pour qu'une maladie puisse être considérée et décrite comme une maladie particulière, ou, en d'autres termes, pour qu'elle mérite de recevoir un nom qui lui fasse prendre rang dans le vaste cadre nosologique, il faut qu'elle se distingue, de toutes les maladies connues, par sa nature ou par son siége. Les distinctions fondées sur la nature, c'est-à-dire sur la cause essentielle, sont les plus nettes et les plus tranchées : c'est à elles que se rapportent les grandes classes admises par les pathologistes (fièvres, phlegmasies, hémorrhagies, névroses, lésions organiques) et une foule d'affections *in-*

classables, comme, par exemple, les scrofules, la syphilis, les dartres, le cancer, la variole, la rougeole, la scarlatine, la goutte, le rhumatisme, les épidémies, les fièvres spéciales, les typhus, la peste et une foule d'autres individualités morbides. Quant aux distinctions de siége, tout le monde sait que si un grand nombre de maladies de nature diverses peuvent avoir un siége identique, la diversité de celui-ci établit néanmoins de grandes différences entre plusieurs maladies dont la nature est absolument la même. Ainsi, par exemple, bien que la cause essentielle des scrofules soit au fond invariable, ses effets, ou, pour mieux dire, les maladies qui en résultent, diffèrent beaucoup suivant qu'elle porte son action sur les organes pulmonaires, sur les ganglions mésentériques, sur les articulations, etc. Combien l'inflammation ne varie-t-elle pas dans chaque organe, malgré qu'elle dérive d'une source identique ! Parcourez la liste de toutes les phlegmasies (méningite, ophthalmie, pleurésie, pneumonie, bronchite, péricardite, gastrite, hépatite, etc.), que de différences ne trouverez-vous pas entre elles ! Même observation pour toutes les maladies sans exception.

Les distinctions pathologiques fondées seulement sur l'une des faces les plus remarquables des maladies, telles que l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic, le traitement et l'investigation anatomo-pathologique, ne constituent que des variétés.

Ainsi, d'après les règles qui président à ces distinctions, il faudrait, pour que le *spina-ventosa* doive être décrit comme une maladie propre, qu'il différât de toutes les maladies osseuses sous le rapport de la cause essentielle ou sous celui de la résidence. Il ne constituerait, au contraire, que des variétés, si, tirant son origine de quelque cause commune à diverses altérations, il se distinguait de ces dernières par quelque trait assez important.

Le mot de *spina* paraît avoir été employé, chez les anciens, pour désigner les abcès qui se formaient dans le canal médullaire des os longs, et qui étaient précédés ou accompagnés d'une douleur comparable à celle que produirait la présence d'une épine au milieu de nos tissus. Les Arabes ajoutèrent les premiers l'épithète de *ventosa*

à celle de *spina*, pour exprimer la raréfaction de l'os malade, raréfaction qui leur semblait avoir quelque analogie avec le gonflement emphysémateux.

Depuis les Arabes, beaucoup d'auteurs, entre autres Guy de Chauliac, Petit, Monro, Weidmann, ont défini le *spina-ventosa*, toute tuméfaction des os longs avec corruption intérieure. Suivant Boyer, on doit entendre par *spina-ventosa*, une affection des os cylindriques, dans laquelle les parois du canal médullaire subissent une distension lente, successive, quelquefois énorme, en même temps qu'elles sont considérablement amincies et même percées dans plusieurs points, ou que leur tissu éprouve une raréfaction singulière, maladie dont le siége primitif paraît résider dans l'organe sécréteur de la moelle.

Quelques chirurgiens, notamment les docteurs Latta et Cumin, considèrent le *spina-ventosa* comme une médullite accompagnée d'hyperostose. Selon eux, cette maladie est purement locale, et l'on doit attribuer la raréfaction du tissu osseux à la distension exercée sur lui par le gonflement de la membrane médullaire enflammée. Mais une pareille explication ne saurait être admise, attendu que cette membrane n'est jamais tuméfiée au point de distendre les lames osseuses correspondantes, et que d'ailleurs, s'il était vrai, ce que rien ne démontre, qu'il s'élevât des fongosités de la surface externe de l'organe médullaire, on devrait plutôt observer l'abrasion que la raréfaction; car, pour l'ordinaire, les tumeurs développées dans le voisinage des os peuvent en opérer la destruction ou l'usure, en s'opposant à leur nutrition. Au surplus, le genre d'altération que ces chirurgiens ont décrit se rapporte à l'exostose aiguë et à la nécrose.

En analysant avec soin les divers caractères que la plupart des auteurs ont assignés au *spina-ventosa*, on voit que cette dénomination a été le plus généralement donnée à deux maladies qui n'ont de commun entre elles que l'accroissement de volume et la raréfaction des os affectés : l'une, appelée *pædarthrocace* par Marc-Aurèle Severin, survient quelquefois dans l'enfance, chez les sujets atteints de scrofules, et atteint les os du métacarpe, du métatarse et les phalanges; l'autre, de nature cancéreuse, affecte plus fréquemment

les sujets adultes, et se développe le plus souvent près des extrémités des os longs et cylindriques des membres.

Les symptômes du *spina-ventosa* scrofuleux sont un gonflement dur et fusiforme de presque tout l'os malade, sans altération sensible des parties molles environnantes, précédé de douleurs sourdes, et quelquefois même indolent. Les mouvements de la partie affectée se conservent long-temps, et ils n'éprouvent quelque gêne que lorsque la tuméfaction de l'os est devenue suffisante pour détourner notablement les tendons de leur direction naturelle, ou pour déformer les surfaces articulaires, ce qui arrive rarement. Les progrès de la maladie amènent la carie dans plusieurs points du cylindre osseux, et divers trajets fistuleux dans les parties molles correspondantes, qui laissent suinter long-temps une quantité médiocre de matière purulente séreuse mal élaborée. Cependant la partie reste indolente, et quand l'affection scrofuleuse n'a pas porté son action sur des organes essentiels ou sur quelqu'une des grandes articulations, le malade peut guérir de l'altération dont il s'agit, à l'époque de la vie où la nature fait ordinairement des efforts salutaires pour l'élimination des scrofules. « La guérison de cette espèce de *spina-ventosa*, dit Boyer, peut s'effectuer par la nécrose d'une partie de l'os altéré; alors le séquestre se sépare, le reste des parties osseuses s'affaisse, la résolution s'opère, et la maladie se termine par une cicatrice enfoncée, adhérente et difforme. »

Le spina-ventosa cancéreux, heureusement plus rare, mais beaucoup plus grave que le précédent, se développe particulièrement dans le canal cylindrique des os longs, surtout près de leurs extrémités. On ne saurait le confondre avec les exostoses scrofuleuses, vénériennes, rhumatismales, en considérant : 1° qu'il s'annonce par des douleurs profondes, lancinantes, comparables, suivant plusieurs praticiens, à celles qui résulteraient de l'action d'une épine ou de tout autre instrument aigu sur les tissus vivants, ainsi que par une tumeur inégale qui occupe toute l'épaisseur de l'os et acquiert en peu de temps un volume énorme; 2° que le poids de cette tumeur n'est pas en rapport avec son extrême développement; 3° que, lors-

que ses parois se sont amincies et perforées, il découle des trajets fistuleux qui succèdent à ces dégradations de l'os, une matière ichoreuse, pareille à celle de l'ichor cancéreux par son odeur fétide et *suî generis ;* 4° que les exostoses à l'état aigu ne sont jamais aussi durables que le *spina-ventosa*, et n'altèrent point l'économie aussi profondément que l'affection cancéreuse à laquelle est due ce dernier ; 5° que la partie frappée d'un spina-ventosa cancéreux est plus ou moins friable et conséquemment exposée à être fracturée par des efforts bien légers, ainsi que Houstet en cite des exemples ; 6° enfin, que, dans l'exostose proprement dite, il y a exubérance de matière osseuse, et augmentation de densité ; au lieu que, dans le spina-ventosa, si l'os prend plus de volume, les parois du canal médullaire s'amincissent, en sorte qu'il y a plutôt distribution vicieuse que production excessive de cette matière.

L'ostéosarcome diffère du spina-ventosa, en ce que le tissu osseux au milieu duquel il se forme est moins raréfié, et que le cancer qui le constitue est plus fongoïde que cérébroïde. (Brodie, Abernethy, etc.)

L'anatomie pathologique nous apprend que, dans le spina-ventosa scrofuleux, on trouve, au centre des os malades, de petits tubercules, les uns en état de crudité, les autres en état de fonte. La substance spongieuse de ces os est beaucoup plus abondante que de coutume, et la membrane qui en tapisse les aréoles beaucoup plus épaisse. On trouve aussi divers trajets fistuleux depuis le petit canal médullaire jusqu'à l'extérieur. Ce petit canal contient maintefois une matière caséiforme analogue à celle de la carie articulaire scrofuleuse : parfois aussi on rencontre çà et là, dans l'os affecté, des points frappés de nécrose.

Examiné sous le rapport anatomo-pathologique, le spina-ventosa cancéreux offre une tumeur composée de dehors en dedans : 1° par une enveloppe très-mince de substance compacte ; 2° par une substance réticulaire dont la quantité est moindre que dans l'état normal, et dont les cellules sont plus grandes ; 3° la membrane médullaire, altérée, est transformée en une matière lardacée ou cérébroïde qui, de concert

avec une matière ichoreuse très-fétide, remplit le canal cylindrique de l'os malade.

Mais ce n'est pas seulement dans la *pædarthrocace* et dans le spina-ventosa cancéreux que l'on observe la raréfaction du tissu osseux; elle peut encore coïncider avec d'autres tumeurs osseuses, telles que l'ostéosarcome, l'exostose, l'hyperostose, etc. Dans quelques cas même, tandis que la raréfaction occupe divers points, il en est plusieurs qui ont la dureté de l'ivoire, et d'autres qui sont ramollis.

Si nous recherchons maintenant la nature du spina-ventosa, nous serons forcé de convenir qu'il ne dérive d'aucune cause *suî generis*, ou qui se rattache exclusivement à la raréfaction de l'os malade, pour être l'objet d'un traitement spécial. Produit le plus souvent par les scrofules ou par une affection cancéreuse, quelquefois aussi, mais très-rarement, par la syphilis, le rhumatisme, le scorbut, etc., il ne réclame d'autres indications que celles qui appartiennent à chacune de ces causes essentielles. Nous pouvons donc conclure que le spina-ventosa n'est point une maladie particulière, et qu'il constitue tantôt une variété de la tumeur blanche scrofuleuse, sous le nom de *pædarthrocace*, tantôt une variété de l'ostéosarcome, sous le nom de spina-ventosa cancéreux, tantôt une variété de l'exostose aiguë syphilitique, rhumatique, etc.

QUATRIÈME PARTIE.

SCIENCES MÉDICALES.

QUELS SONT LES CARACTÈRES SYMPTOMATOLOGIQUES DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE ?

On donne indifféremment les épithètes de pernicieuse, de maligne ou d'insidieuse à toute fièvre intermittente dont les intervalles apyrétiques constituent un calme trompeur, et dont les accès sont remarquables par la prédominance d'un symptôme grave, ainsi que par la rapidité avec laquelle la mort en serait le résultat sans le secours du quinquina.

Bien que la fièvre intermittente pernicieuse soit toujours grave, il ne faut pas considérer comme maligne la fièvre intermittente dont la gravité dépend plutôt d'une complication que de l'affection périodique elle-même. Il est d'autant plus essentiel, suivant la remarque de M. le professeur Caizergues, de distinguer la gravité de l'état pernicieux, que de cette distinction découlent des indications thérapeutiques bien différentes : « dans une fièvre grave, dit ce savant médecin, la gravité de la maladie ne provenant point de l'état fébrile intermittent, mais bien de l'intensité des affections morbides dont la fièvre peut n'être qu'une complication ou même un symptôme, c'est contre ces affections que le praticien doit diriger d'abord toutes ses

vues curatives, pour recourir ensuite à l'antipériodique si la fièvre survit à la destruction de ces affections. Dans les fièvres intermittentes pernicieuses, au contraire, la malignité étant sous la dépendance du génie intermittent, et le danger que court le malade étant lié nécessairement au retour des accidents fâcheux que ramènent les paroxysmes, c'est à prévenir ces derniers que le médecin doit s'appliquer, en mettant de côté toutes les indications relatives aux autres éléments de la maladie; et il n'y a d'autre espoir de salut que dans l'administration prompte du spécifique. L'oubli de ces préceptes peut avoir les suites les plus funestes (1). »

La distinction que quelques auteurs ont voulu établir entre les fièvres pernicieuses, sous le rapport de l'intermittence et de la rémittence, ne nous paraît avoir aucun avantage pratique. A la rigueur, toutes ces fièvres, comme le dit Sauvages, mériteraient le titre de rémittentes, attendu que les intervalles apyrétiques ne sont jamais exempts de quelque altération du pouls, et même de plusieurs autres symptômes. Toutefois, nous pensons que le nom d'intermittentes convient à celles dont les accès sont suivis d'un état apparent de calme, et celui de rémittentes aux fièvres dans lesquelles des symptômes fébriles manifestes succèdent aux paroxysmes. Il n'existe, dans le fait, qu'une seule espèce de fièvre intermittente pernicieuse, puisque l'état morbide spécial qui lui donne le caractère insidieux est, au fond, le même quant à la cause et au traitement. Néanmoins, comme elle peut être puissamment modifiée par sa combinaison avec diverses affections générales ou locales, il importe d'établir des distinctions propres à rappeler cette association. Une règle importante, dans ces distinctions, c'est de ne point créer des espèces d'après des symptômes secondaires ou sans valeur thérapeutique, comme, par exemple, des pétéchies, une céphalalgie légère, des sueurs modérées, etc.

Prenant en considération les symptômes les plus saillants des fièvres

(1) Compte rendu des observations recueillies à la clinique médicale de Montpellier, 1829.

intermittentes pernicieuses, Torti en a reconnu trois espèces principales; savoir : la cholérique, l'hépatique, la cardialgique. En s'étayant sur les mêmes bases, d'autres auteurs ont ajouté la pleurétique, la rhumatismale, la néphrétique, l'épileptique, la convulsive, la céphalalgique, la dyspnéique, l'hydrophobique, la catarrhale, l'ictérique, l'hémorrhagique. Mais nous devons faire remarquer que la fièvre intermittente pernicieuse peut s'accompagner d'autres symptômes majeurs que ceux exprimés par ces dénominations, et que, dès lors, le nombre d'espèces fondées sur la prise en considération de ces symptômes, ne saurait être limité.

Cette fièvre est quelquefois précédée d'une fièvre intermittente, ou rémittente ordinaire; dans ce cas, ce n'est qu'au 3e, 4e ou 5e accès, que se manifeste quelque symptôme grave inaccoutumé, comme une prostration extrême, un coma profond, des défaillances, du délire, des convulsions, etc., ou des groupes symptomatiques propres à certaines maladies, telles que le choléra, l'apoplexie, l'épilepsie, la pneumonie, une névrose pulmonaire ou cardiaque, le rhumatisme, etc. Souvent l'invasion du premier accès pernicieux se fait au milieu de la santé la plus florissante en apparence, ou après quelques légers désordres fonctionnels, tels que le dégoût, des lassitudes spontanées, une affection gastrique, du malaise, de l'agitation, ou bien encore au milieu d'une fièvre catarrhale, bilieuse, inflammatoire, etc.

Maintefois, dans les fièvres pernicieuses dues aux effluves marécageux, on observe, avant le premier accès, des symptômes qui paraissent être le résultat d'une intoxication, savoir : de grandes anxiétés à la région précordiale, de la dyspnée, une cardialgie déchirante, des nausées très-incommodes, la réjection d'une bile jaunâtre et poracée, des douleurs très-aiguës le long de la colonne vertébrale, des maux de tête affreux, un froid glacial, etc.

Les accès pernicieux offrent rarement les trois périodes des accès ordinaires, du moins dans la régularité de leur succession. La première manque, en effet, très-souvent, ou ne se montre qu'après la seconde.

Les sueurs qui surviennent au troisième stade des accès simples, manquent aussi dans plusieurs cas; souvent elles sont froides.

Des frissons violents se montrent quelquefois au milieu de la chaleur la plus vive, ou au moment de sa déclinaison. Tantôt les accès éclatent par l'aggravation des symptômes déjà existants, ou avec l'adjonction d'un symptôme nouveau très-intense; tantôt ils se développent tout à coup avec les caractères de l'affection dont ils prennent le masque. A s'en tenir à quelques symptômes seulement, on croirait reconnaître une apoplexie, une affection gastrique, un choléra, une dysenterie, une attaque d'asthme, une pneumonie, l'inflammation d'un organe important, ou toute autre maladie simple, continue et guérissable par les moyens ordinaires : il n'en est rien; l'intermittence de ces mêmes symptômes, et l'arrivée d'un accès promptement mortel, au milieu de la sécurité la plus parfaite, viendraient en dévoiler trop tard le caractère pernicieux, si l'on avait pu le méconnaître.

La durée de chaque accès est très-variable. Elle est rarement moins de sept à huit heures. Presque toujours ils ont de la tendance à se rapprocher, et à devenir sub-continus ou sub-intrants.

Le temps de l'apyrexie présente toujours quelques symptômes dont les fièvres intermittentes simples et les maladies périodiques légères sont exemptes. Ce n'est plus une simple lassitude, comme à la suite d'un accès fébrile ordinaire : ce sont une stupeur, un malaise inexprimable, un état d'affaissement, la vacuité du pouls; de la chaleur à la peau, une tristesse sans cause distincte; de la soif, des langueurs d'estomac et autres symptômes suspects. On aura donc lieu de soupçonner le caractère pernicieux d'une fièvre intermittente, même immédiatement après le premier accès, lorsque les symptômes graves qu'il présentait ont disparu en quelques heures, en laissant subsister quelque signe d'une lésion plus ou moins profonde des facultés sensitives. Ces soupçons se changent en certitude quand, après une apyrexie plus ou moins longue, les symptômes primitifs se reproduisent pour disparaître encore après un temps bien plus court que ne semblait le comporter la nature du mal.

Les fièvres pernicieuses ont trop de gravité ; elles sont trop empreintes d'un caractère destructeur pour avoir une longue durée : *quod est violentum, non est durabile.* La mort peut avoir lieu dès le premier accès, mais le plus ordinairement c'est au début du troisième ou du quatrième. Lancisi a vu, à Rome, en 1695, une fièvre intermittente pernicieuse épidémique qui, dès le cinquième jour, prenait le type continu, et faisait périr le malade du septième au onzième jour quand on ne s'empressait pas de la combattre par le quinquina. Fouquet parle d'une fièvre pernicieuse qui parut, à Batavia, avec un caractère tellement féroce, que les malades étaient saisis subitement de délire, et succombaient communément dès le premier accès, et toujours avant le quatrième. Les moindres blessures, durant ces fièvres, se convertissaient en ulcères putrides avec rapidité.

Maintenant que nous avons retracé les caractères généraux des fièvres intermittentes pernicieuses, il nous resterait à faire connaître les caractères de chaque variété, mais l'exposition en serait trop longue pour notre sujet ; elle devient d'ailleurs superflue, en considérant que ces caractères sont groupés dans les dénominations qui les représentent : cependant nous dirons quelques mots des principales espèces.

La fièvre intermittente soporeuse a pour caractère distinctif un assoupissement profond, qui s'accroît, diminue et disparaît avec l'accès. Néanmoins une grande propension au sommeil persiste presque toujours pendant l'intermission. On observe alors une grande altération de la mémoire, et même une abolition complète de cette faculté. Le malade, dit Alibert, oublie soudain ce qu'il vient de demander ; il balbutie, altère les mots en les prononçant, ou les emploie l'un pour l'autre, comme si la langue était paralysée. Lorsque l'affection soporeuse fait des progrès, le malade devient insensible à l'action des stimulants les plus énergiques. Les accès peuvent avoir les mêmes types que les autres fièvres intermittentes.

La fièvre pernicieuse délirante est caractérisée par un délire qui suit avec régularité le début, l'accroissement et le déclin des accès. Pendant le frisson, les excrétions alvines s'écoulent maintefois in-

volontairement. Dans l'intermission, le malade ne conserve pas le souvenir de ce qu'il a éprouvé durant l'accès.

Les accès de la fièvre pernicieuse céphalalgique sont marqués par une douleur atroce à la tête. Comparetti l'a observée sous le type double tierce.

Dans la fièvre pernicieuse épileptique, les accès se font remarquer, dès le début, quelquefois seulement dès la période de la chaleur, par les symptômes propres à l'épilepsie, notamment par des mouvements convulsifs, la perte du sentiment.

Dans la fièvre intermittente syncopale, le moindre mouvement peut, pendant l'accès, provoquer la lipothymie. On est obligé de soutenir les forces du malade par des odeurs stimulantes. Le pouls, même dans l'intermission, est d'une petitesse extrême.

La fièvre pernicieuse hydrophobique a été observée, par le célèbre professeur Dumas, chez un homme de quarante-cinq ans, d'une constitution nerveuse, accoutumé à se livrer aux plus grands excès, et qui, un soir, s'était endormi sur un terrain humide. Le malade, pendant l'accès, avait horreur des liquides; sa bouche était remplie d'une salive écumeuse, et il cherchait à mordre. Ces symptômes disparaissaient avec l'accès. Le type de la fièvre était tierce.

La fièvre pernicieuse pneumonique se distingue par une douleur pongitive très-intense, qui débute avec l'accès, augmente dans la période de la chaleur, et s'accompagne d'un sentiment d'oppression, avec toux, crachement de matières mucoso-sanguinolentes, et aggravation de la douleur par une forte inspiration ou par la toux.

La fièvre pernicieuse asthmatique, observée par Galeazzi, Barthez, Alibert et plusieurs autres, simule parfaitement les attaques d'asthme; mais on l'en distingue par la connaissance des antécédents ou l'appréciation de la cause essentielle.

La fièvre intermittente cholérique a pour caractères distinctifs: des vomissements bilieux, des déjections de même nature, des crampes, la cyanose, le refroidissement du corps, la petitesse du pouls, etc.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N..... Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE, *Examinateur*. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ, *Président*. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales, *Suppléant*.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur*.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils, *Suppléant*.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur*.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.